Relato de Caso em Ginecologia

RCG 001 GRAVIDEZ ECTÓPICA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOR ABDOMINAL COM CISTO OVARIANO: RELATO DE CASO

PANNAIN GD 1, POLISSENI F 1, RODRIGUES VO 1, CARVALHO MAG 1, JACOB MB1

1 Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF

Introdução: A gravidez ectópica é definida como a gravidez que ocorre em outro sítio anatômico que não o útero. O local mais frequentemente acometido por essa situação é aTrompa de Falópio, responsável por cerca de 95% das gravidezes ectópicas. Outros locais menos comuns incluem cérvice, ovário, cicatriz de cesariana e cavidade abdominal. Apesar de a gravidez ectópica corresponder a apenas 2% de todas as gravidezes, ela é considerada como principal causa de morte materna relacionada com a gravidez no primeiro trimestre de gestação, logo, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado são cruciais. A conduta diante de uma gravidez ectópica inclui conduta expectante, intervenção farmacológica ou cirurgia, que pode ser através da salpingostomia ou salpingectomia, seja por laparatomia ou laparoscopia. Objetivos: Reportar o caso de uma paciente com gravidez ectópica que tamponou por mais de um mês. Metodologia: Descrevemos um relato de caso que ocorreu no Hospital Universitário de Juiz de Fora (HU-UFJF) em Minas Gerais. Paciente CACA de 33 anos, G3P3A0, é encaminhada para o serviço de Ginecologia por causa de intensa dor abdominal em fossa ilíaca direita, acompanhada de sangramento vaginal há mais de um mês. Foi submetida a uma ultrassonografia transvaginal que evidenciou um cisto ovariano trabeculado medindo 9,98x8,91cm. Paciente sexualmente ativa, fazendo uso correto de anticoncepcionais orais. Ao exame físico, a única alteração era uma massa palpável em fossa ilíaca direita. Resultados: Paciente foi submetida a cirurgia,, tendo sido solicitada marcadores tumorais ovarianos, como CA125, alfafetoproteína e Beta-HCG, que vieram negativos. O anatomopatológico evidenciou cistoadenoma seroso no ovário direito, tuba uterina direita com dilatação em lúmen, hematossalpinge, fibrose imatura, infiltrado inflamatório linfohistiocitário, estruturas totalmente necróticas de padrão coagulativo compatíveis com vilosidades coriônicas, confirmando gravidez ectópica tubária. Conclusão: Mesmo diante de situações atípicas de dor abdominal, a possibilidade diagnóstica de gravidez ectópica deve ser sempre considerada, dada sua alta taxa de mortalidade.

RCG 002 RELATO DE CASO: SÍNDROME DE MAYER-ROKITANSKY--KUSTER-HAUSER COMO CAUSA DE AMENORREIA PRIMÁRIA.

PANNAIN GD[1], POLISSENI F[1], RODRIGUES VO[1], CARVALHO MAG[1], JACOB MB[1]

1 Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF

Introdução: A síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser (MRKH) é caracterizada por aplasia congênita da vagina com possível ausência concomitante do útero e / ou trompas de falópio na configuração de um cariotipo feminino normal. A prevalência da síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser (MRKH) é estimada em uma em cada 5000 nascimentos femininos vivos. A etiologia da condição não é completamente compreendida, com mulheres com falha no desenvolvimento dos ductos de Müller, levando ao subdesenvolvimento congênito ou à ausência da vagina e do útero. Podem ocorrer anomalias extragenitárias, incluindo malformações urológicas e esquelética. Objetivos: relatar um caso de paciente com Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser em paciente com amenorréia primária. Metodologia: descrevemos um relatório de caso que ocorreu no serviço de Ginecologia do Hospital Universitário de Juiz de Fora (HU-UFJF) - Minas Gerais. JLAS, 16 anos, branca, solteira, chegou ao serviço com história de amenorréia primária. Ela nega quaisquer outras queixas. Ela teve um desenvolvimento sexual adequado. Ela está tentando ter relações sexuais por mais de 6 meses, sem sucesso. Tinha aparecimento normal de genitais e seios externos femininos e também tinha desenvolvimento normal de cabelo axilar e púbico. Resultados: paciente submetida a uma seção axial de ressonância nuclear do abdômen e da pelve que evidenciou ausência completa de útero, colo do útero e parte superior da vagina, com ovários normais, tendo sido feito o diagnóstico da síndrome de Mayer-Rokitansky-KüsterHauser (MRKH). Conclusão: Embora possa ser raro, Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser é uma hipótese diagnóstica importante que deve ser considerada nos casos de amenorréia primária.

RCG 003 DISGENESIA GONADAL PURA, TIPO XX

GUIMARÃES ACPG[1], CARDOSO M C[1], CARNEIRO MC[2], COELHO GLLM[3]

1- Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

2- Universidade Federal São João Del-Rei - UFSJ

3- Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP

Introdução/Relevância: Estudo de caso apresentando puberdade tardia e déficit pondero -estatural. Tal relato torna-se relevante pois o tratamento adequado apresentou resultado clinico excelente. Objetivo: otimizar o tratamento de distúrbio endocrinológico no período infantojuvenil para obter resultados clínicos pertinentes. Metodologia: análise de anamnese e exame físico acurados (paciente apresentava -se aos 12 anos com peso de 32,4kg e altura de 1.40,8 cm). Os exames propedêuticos mostraram cariótipo tipo XX, idade óssea compatível com 10 anos e 6 meses para o sexo feminino. Demais exames propedêuticos dentro da normalidade. Resultados: aos 15 anos e 11 meses, após tratamento endocrinológico (estradot 100mg e provera 5mg) a paciente apresentou crescimento importante e menarca pós o uso da medicação prescrita. No momento utiliza terapia anticoncepcional com sangramentos cíclicos regulares Discussão/Conclusão: após acompanhamento do caso vimos que o uso do estradot 100mg e 5mg de provera foram compatíveis com os objetivos planejados. Atualmente, após seis anos de tratamento, a paciente apresenta altura superior a 1,60 e peso adequado.

RCG 004 ADENOCARCINONA INVASOR DE COLO UTERINO EM-PACIENTE JOVEM

NUNES MM[1], NUNES RM[3], NUNES MM[3], FEISTAUER CC[3], LOPES ES[3], TUPINÁ GS[2], PEREIRA AK[2]

1-Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais 2- Hospital Universitário Clemente Faria 3- Faculdades Unidas do Norte de Minas

Introdução: Os adenocarcinomas representam entre 11 a 15 por cento das neoplasias de colo do útero. Originam–se das células colunares endocervicais e tem pior prognóstico em relação ao Carcinoma de células escamosas. Possui relação direta com o Papiloma vírus humano com destaque para os subtipos 16 e 18. Esta neoplasia tem pico de incidência entre 45 e 60 anos, sendo raro em mulheres jovens. Há apenas dois trabalhos publicados sobre adenocarcinoma de colo uterino em paciente jovem. Objetivo: Relatar caso clínico de paciente jovem com adenocarcinoma invasor de colo uterino, sua escassez de sintomas e a boa resposta ao tratamento. Relato de caso: Paciente, 23 anos, nuligesta, sem relato de doença sexualmente transmissível anteriormente, imunocompetente , instruída, não fez uso da vacina contra HPV, último exame citopatológico do colo uterino normal, realizado há 3 anos antes do diagnóstico da doença. Iniciou quadro de corrimento vaginal amarelado em pequena quantidade, sem odor e prurido com duração de 30 dias. Negava dispareunia ou sangramento pós coito. Exame ginecológico sem anormalidades. Colhido amostra do material para citologia oncótica, com resultado normal. Á colposcopia foi notado pequena lesão exofítica ao nível do orifício externo do colo uterino. Extraído material para anátomo patológico. Paciente fez uso de Metronidazol 500 mg de 12 em 12 horas por 7 dias, sem melhora do quadro. Resultado da biópsia de colo: 'Adenocarcinoma invasivo, pouco diferenciado'. Após consentimento, procedeu-se o congelamento dos óvulos da paciente. Realizado histerectomia total abdominal com salpingooforectomia bilateral, retirada do paramétrio direito e esquerdo e retalho vaginal pela incisão de Pfannenstiel alargada. O resultado do anátomo patológico das peças anatômicas foram: 'Adenocarcinoma de colo uterino, endocervical, moderadamente/pouco diferenciado, com invasão vascular e perineal.' 'Linfonodo ilíaco suspeito apresentando metástase de adenocarcinoma'. Realizado radioterapia e quimioterapia por 90 dias. Como efeitos adversos paciente apresentou sintomas gastrointestinais. Exames de pesquisa de recidiva da doença são negativos. Em setembro de 2018 paciente completa 5 anos de tratamento e receberá alta da oncologia ginecológica. Metodologia: Estudo de caso do tipo descritivo. Resultados: Como consequência da doença e do tratamento realizado paciente relata apenas dispareunia de forte intensidade porém já com completa remissão deste sintoma. Conclusão: Ressalta-se a importância da vacinação contra HPV, realização da citologia oncótica do colo uterino de forma anual e a colposcopia. O bom desfecho pode ser relacionado ao diagnóstico oportuno, precisão do tratamento imposto e rapidez com que foi instituído.

RCG 005 CARCINOSSARCOMA DE COLO UTERINO: RELATO DE CASO

SILVA PLL[1], LAZARINO L[1], SOUSA CFPM[1], RODRIGUES AN[1], VIEIRA CM[1],CARLOS SCC [1], SILVA LE[1]

1- Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

Apresentação caso: Trata-se de M.I.T, 72 anos, que foi internada em maio/17 devido a sangramento vaginal, bexigoma e infecção urinária. Equipe da Ginecologia constatou presença de massa em topografia de colo uterino, cuja biópsia foi compatível com carcinossarcoma em colo uterino (tumor misto mulleriano maligno de alto grau com elemento heterólogos Rabdomiossarcomatosos). Evoluiu com sangramento vaginal abundante, submetida à embolização seletiva de artérias uterinas, com controle do mesmo. Em TC de tórax realizada para estadiamento foram identificadas múltiplas opacidades nodulares sugestivas de implantes neoplásicos secundários, configurando doença estádio IVB. Optado por iniciar tratamento quimioterápico em caráter de urgência com Carboplatina AUC 5 (400 mg) e Paclitaxel 135 mg/m2 (180 mg) no D1 a cada 21 dias e solicitar avaliação radioterápica. Discussão: Carcinossarcomas (previamente conhecidos como tumores mullerianos mistos) são carcinomas metaplásicos com elementos carcinomatosos e sarcomatosos, geralmente originados no endométrio. Se os elementos sarcomatosos são originados do próprio tecido uterino, são chamados de homólogos. Do contrário, são considerados heterólogos (podendo estes elementos ser subdivididos em rabdomiossarcomatosos, condrossarcomatosos, osteossarcomatosos, lipossarcomatosos ou fibrossarcomatosos). São tumores raros, que representam menos de 5% das neoplasias uterinas, mais comuns na 6ª década de vida e em mulheres negras. Sangramento vaginal é o sintoma mais comum e 60% das doentes já apresentam neoplasia metastática ao diagnóstico, passiveis de avaliação para tratamento paliativo. O tratamento quimioterápico mais utilizado neste contexto é a combinação de carboplatina e paclitaxel, com menor toxicidade do que esquemas que incluem a também utilizada ifosfamida. Comentários finais: Apresentamos caso de paciente recém-diagnosticada com um tumor uterino raro, ainda mais por se originar no colo uterino e não no endométrio. Há poucos estudos acerca da melhor abordagem neste cenário e resultados do estudo GOG 261, que avalia paclitaxel associado a carboplatina ou ifosfamida são aguardados.

RCG 006 CÂNCER DE COLO UTERINO: ÓTIMA RESPOSTA INICIAL A QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE E PADRÃO EXCEPCIONAL DE RECIDIVA

SILVA PLL[1], LAZARINO L[1], SOUSA CFPM[1], RODRIGUES AN[1], VIEIRA CM[1],CARLOS SCC [1], SILVA LE[1]

1- Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Apresentação do caso: MPMM, 52 anos, diagnosticada através de laparotomia exploradora em 13/09/12 com carcinoma de células escamosas (CCE) de colo uterino estádio IVa (com perfuração uterina). Frente à possibilidade de toxidade (principalmente fístulas) associada à radioterapia, optado por tratamento sistêmico neoadjuvante. Com 4 ciclos de quimioterapia (cisplatina+ paclitaxel), apresentou resposta radiológica completa. Submetida a histerectomia radical e posteriormente a radioterapia e braquiterapia adjuvantes. Após um ano de seguimento, procurou pronto atendimento por dor abdominal. Recebeu tratamento cirúrgico para hérnia umbilical estrangulada, sendo anatomopatológico (AP) compatível com CCE com comprometimento de intestino delgado. Exame imunohistoquímico favoreceu origem em colo uterino (P63 + /CK 7 + /citoqueratina AE1/AE3 +). Optado por realizar 4 ciclos de quimioterapia com paclitaxel e cisplatina, no intuito de evitar nova recidiva. Após término do tratamento, evoluiu com coleção de parede abdominal, sendo submetida à drenagem e ressecção de tela cirúrgica. AP evidenciou nova recidiva de CCE de colo uterino relacionada à tela. Paciente manteve seguimento, sem outros sítios de recidiva. No dia 24/08/2016, nova TC mostrou massa parietal mesogástrio, ressecada em 06/10/2016. AP da peça cirúrgica constatou CCE infiltrando pele, subcutâneo, peritônio e parede de alças intestinais, medindo 10x8 cm, ressecado com margens livres. Mantém acompanhamento ambulatorial, sem evidências de recidiva. Discussão: Não há estudos demonstrando benefício de quimioterapia neoadjuvante associada a histerectomia versus quimiorradiação concomitante no câncer de colo uterino localmente avançado. Dois estudos de fase III (NCT00193739 e NCT0039338) estão em andamento para esclarecer esta questão. Câncer de colo uterino apresenta recorrência predominantemente local. Na recidiva, fatores de prognóstico favorável incluem recorrência localizada, ausência de fixação da parede pélvica, intervalo livre de doença maior que 6 meses e recidiva com <3 cm de diâmetro. Já na recidiva à distância, mais de 90% das pacientes morrerão da doença em 5 anos. Comentários finais: Relatamos caso do nosso Serviço, tratado de forma excepcional com quimioterapia neoadjuvante, que apresentou controle inicial adequado, mas evoluiu com padrão de recorrência não esperado para a neoplasia. Felizmente, as recidivas foram passíveis de abordagem cirúrgica e a paciente se encontra no momento sem evidências de neoplasia ativa.

RCG 007 DOENÇA DE PAGET VULVAR: RELATO DE CASO

SOUSA FB[1], LEAL SF[1], FIGUEIREDO DO[1], COUTINHO NM[1], FREITAS CL[1], CORDEIRO PD[1], TEIXEIRA AOB[1], BRITO MFDS[1]

1- Maternidade Odete Valadares

Introdução: a doença de Paget Vulvar é a localização mais frequente da doença extramamária de paget, mas ainda assim é considerada doença rara. Trata-se de um adenocarcinoma intraepitelial, é responsável por menos de 1% de todas as malignidades vulvares. A maioria dos pacientes tem 60 e 70 anos e é branca. Objetivos: relato de caso de paciente de 90 anos atendida no serviço de patologia do trato genital inferior da Maternidade Odete Valadares – Belo Horizonte, MG. Metodologia: as informações foram obtidas através da coleta e análise de dados contidos em um prontuário médico, coligado ao exame do sujeito da pesquisa, após consentimento dos familiares. Resultados: O.P.S., 90 anos, leucoderma, viúva. História obstétrica: oito partos normais. Menopausa aos 50 anos. Nega terapia hormonal. Nega tabagismo. Portadora de glaucoma e doença de Alzheimer. A paciente apresentava relato confuso devido quadro demencial e apresentava-se com limitação de atividades funcionais e necessidade de uso de fraldas geriátricas. A queixa principal era percepção de lesão vulvar pelos familiares durante higiene intima, notada aproximadamente 30 dias antes da consulta. A própria paciente não referia dor local ou prurido. No exame ginecológico, foi constatada a presença de lesão vulvar eritematosa de aproximadamente quatro centímetros, acometendo a metade inferior do grande lábio direito, com limites imprecisos, indolor à palpação e aspecto descamativo (figura 1). A biópsia da lesão foi realizada e o resultado foi compatível com o diagnóstico de doença de Paget, sem sinais de invasão na amostra analisada. Em seguida, a paciente foi encaminhada para serviço de oncologia ginecológica. Discussão: prurido é o sintoma mais comum, presente em 70% das pacientes. A doença de Paget Vulvar é semelhante na aparência à doença de Paget da mama. A lesão tem uma aparência eczematóide; é bem demarcada e tem bordas levemente elevadas e um fundo vermelho, muitas vezes pontilhado de ilhas pequenas e pálidas. Geralmente é multifocal e pode ocorrer em qualquer parte da vulva, região perineal/perianal ou parte interna da coxa. O diagnóstico baseia-se na histopatologia característica. A biópsia vulvar deve ser realizada em pacientes com lesões suspeitas, incluindo aquelas com lesões eczematosas pruriginosas persistentes que não se resolvem dentro de seis semanas após o tratamento adequado com corticoide. Adenocarcinoma invasor pode estar presente associado à lesão superficial ou abaixo dela. Mulheres com doença de Paget da vulva também devem ser avaliadas quanto à possibilidade de neoplasias concomitantes, uma vez que cerca de 20 a 30% desses pacientes têm carcinoma não contíguo (por exemplo, mama, reto, Bexiga, uretra, colo do útero ou ovário).

RCG 008 RADIOTERAPIA ESPLÊNICA PARA CONTROLE DE SINTOMAS EM ADENOCARCINOMA MUCINOSO DE OVÁRIO: RELATO DE CASO

LAZARINO L[1]; VIEIRA CM[1], LEBRON P[1], PENIDO C[1], RODRIGUES A[1], CARLOS S[1], SILVA L[1]

1- Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

Introdução/relevância: objetivos: Relatar um caso de adenocarcinoma mucinoso de ovário em que a radioterapia antálgica apresentou bons resultados sobre a sobrevida da paciente. Metodologia: Coleta de dados clínicos e cirúrgicos do referido caso e posteriormente revisão bibliográfica da base de dado PUBMED. Resultados: : A.C.S, 50 anos, diagnosticada com adenocarcinoma mucinoso de ovário estádio IIIC no dia 10/07/2012, quando foi submetida a histerectomia, anexectomia bilateral e omentectomia. Iniciou quimioterapia adjuvante com carboplatina AUC 6 no D1 e paclitaxel 80mg/m2 D1, D8 e D15 a cada 21 dias. Após o 4º ciclo, apresentou plaquetopenia , motivando redução de doses. Entre o 5º e 6º ciclo apresentou piora de função hepática, sendo encerrada a adjuvante. Em maio/13 apresentou recidiva hepática, confirmada por biópsia, e periesplênica. Reiniciada quimioterapia com esquema contendo irinotecano, mitomicina e fluorouracil. Após 3 ciclos, o tratamento foi suspenso após quadro de lesão pulmonar aguda associada a transfusão, inclusive com necessidade de intubação orotraqueal. Realizada nova tentativa de quimioterapia com gencitabina que foi suspensa em abril/2014 por anemia grave e ausência de resposta. Devido ao caráter insidioso, a característica de baixa quimiossensibilidade e a grande toxicidade experimentada pela paciente durante os tratamentos anteriores, optou-se por não iniciar nova linha de quimioterapia paliativa. Por motivo de dor intensa em flanco esquerdo, secundária a massa periesplênica, a paciente recebeu radioterapia antálgica neste sítio, com 36 Gy em 12 frações, de setembro a outubro/14. Obteve ótimo controle de sintomas e mantém-se em acompanhamento ambulatorial, ECOG PS 1, apesar de mais de 3 anos do tratamento radioterápico. Discussão/conclusão: Os carcinomas mucinosos ovarianos representam 3% das neoplasias epiteliais de ovário e têm história natural, biologia molecular, quimiossensibilidade e prognóstico diferentes dos carcinomas serosos de alto grau. Entretanto, as diretrizes ainda vigentes preconizam o tratamento do tumor mucinoso baseado na conduta padrão dos tumores serosos de alto grau. A pequena sobrevida em estádios mais avançados em alguns estudos reflete a quimiorresistência dos carcinomas mucinosos a agentes geralmente eficazes em subtipos serosos. O carcinoma ovariano mucinoso estádio III geralmente apresenta pior prognóstico que os tumores epiteliais serosos de alto grau, com sobrevida média de 12 a 14 meses versus 37 a 42 meses. No caso apresentado, a ausência de evidências individualizadas para a abordagem do carcinoma mucinoso de ovário avançado, associado à quimio refratariedade e toxicidade a esquemas prévios, nos levou a utilizar estratégia pouco comum, bem sucedida, visando o conforto da doente. Isso demonstra a necessidade de desenvolvimento de protocolos voltados para o tratamento desse tipo específico de tumor, visando maior conforto e sobrevida para as pacientes. Apresentação do caso 1: R. S. Groen et al. Updates and emerging therapies for rare epithelial ovarian cancers: One size no longerfits all. Gynecologic Oncology 136 (2015) 373 -383 2: Richard J. Zaino et al. Advanced Stage Mucinous Adenocarcinoma of the Ovary is both Rare and Highly Lethal: A Gynecologic Oncology Group Study. Cancer . 2011 February 1; 117(3): 554–562. 3: Wen Xu et al. Mucinous ovariancancer:Atherapeuticreview. Critical ReviewsinOncology/Hematology102(2016)26–36 4: Chaitin B, Gershenson D, Evans H. Mucinous tumors of the ovary. Cancer. 1985; 55:1958–1962. [PubMed: 2983869] 5: Mucinous Carcinoma : Uptodate 14/06/2107.

RCG 009 EXCLUSÃO RENAL E ENDOMETRIOSE

FALCAO JUNIOR JOA[1], COSTA BXM[2], CUSTÓDIO DS[3], SOUZA AVF4, SCHETTINO KC[5], MARTINS JCB[6]

Coordenado do NIPTE - HFR[1]; Proctologista do Hospital Felício Rocho[2]; Urologista do Hospital Felício Rocho[3]; Especializanda de Cirurgia Ginecológica[4]; Ginecologista do Hospital Felício Rocho[5]; Coordenador do Serviço de Ginecologia do Hospital Felício Rocho[6].

Introdução: A endometriose é um dos distúrbios ginecológicos mais comuns, patologia benigna tem muitas vezes comportamento infiltrativo e alta taxa de recorrência local. O acometimento do sistema urinário é raro, 1 a 2% dos casos e a obstrução completa do ureter com exclusão renal é excepcional. Objetivos: Apresentar caso clínico de endometriose grave com comportamento infiltrativo e comprometimento funcional grave, exclusão renal a esquerda, associado a dores incapacitantes. Quadro refratário a tratamento medicamentoso e cirúrgico anterior. Metodologia: Relato de caso. Resultados: L.A.C., 33 anos, casada, nuligesta, encaminhada ao Núcleo Integrado de Pesquisa e Tratamento da Endometriose – NIPTE - do Hospital Felício Rocho, devido ao quadro de dor pélvica crônica e progressiva, associada dismenorreia incapacitante, dispareunia, disquesia, alteração do hábito intestinal e dificuldade miccional. Ao exame: toque vaginal com útero e anexos fixos, dor à mobilização do colo e fundo de saco posterior bloqueado. A Cintilografia renal comprova uma hipoperfusão em grau acentuado com exclusão de rim esquerdo. A Ressonância do dia 14/07/17 evidenciou endometriose profunda importante dos compartimentos anterior e posterior, com envolvimento do miométrio, do terço inferior do ureter esquerdo, ocasionando hidronefrose e redução significativa da camada cortical; envolvimento do terço inferior do ureter direito, ocasionando leve/moderada hidronefrose. Ovário direito com dois endometriomas e aderências com reto. Em março de 2017, foi submetida a uma laparoscopia, foi realizado retossigmoidectomia e abordagem ginecológica com ressecção de focos de endometriose peritoneal, porém houve recidiva da dor pélvica, comprometendo sua qualidade de vida. No dia 16/12/17, foi submetida à abordagem cirúrgica multidisciplinar pela equipe do NIPTE - HFR. Por laparoscopia foi realizado inventário da cavidade abdominal e pélvica, com lises de aderências e abaixamento de colon, associado à salpingectomia bilateral, ooforectomia à direita e fixação de ovário esquerdo no útero; no momento da ressecção de tumor endometriótico em ligamento útero sacro direito, ocasional sangramento aumentado no local de difícil controle, optado por conversão para laparotomia. Realizado ureterectomia distal à direita, cistectomia parcial decorrente de foco endometriótico em parede da bexiga e ileostomia preventiva. Sangramento foi controlado, ato cirúrgico sem intercorrências, paciente encaminhada ao CTI. No dia 22/12/17, alta da CTI. Alta hospitalar em 28/12/17. Reversão da ileostomia e retirada de duplo J em 27/02/2018. Mantendo-se sem queixas álgicas significativas desde a alta hospitalar. Conclusão: Concluímos que a endometriose é uma questão cada vez mais importante no dia a dia da mulher e sua abordagem deve ser feita de forma abrangente incluindo uma equipe integrada, multidisciplinar, especializada na assistência das pacientes com esta patologia.

RCG 010 TUBERCULOSE GENITAL SEM EVIDÊNCIAS DA AFECÇÃO PULMONAR EM CRIANÇA.

FALCÃO JUNIOR JOA[1], SCHETTINO KC1,SOUZA AVF[2], GONÇALVES SC[1], CASTRO NETO M[3], MARTINS JCB[4], RUBINGER TM[1],

1- Ginecologista do Hospital Felício Rocho, 2-Especializanda em Cirurgia Ginecológica, 3- Infectologista do Hospital Felício Rocho, 4- Coordenador do Serviço de Ginecologia do Hospital Felício Rocho,

Introdução: A Tuberculose (TB) é uma efemeridade antiga, grave, com tratamento medicamentoso específico que permanece como sério problema mundial de saúde pública. É a doença infecciosa de maior mortalidade no mundo. A TB apresenta-se em duas formas clínicas: a pulmonar (P) e a extrapulmonar (EP). A frequência da localização da TBEP depende a população estudada. A TB genital feminina é uma doença de mulheres entre os 20 e os 45 anos e acomete até 2% das mulheres que convalescem com TB. Os sinais e sintomas são inespecíficos, como: dor pélvica, ascite, aumento do volume abdominal, perda de peso, diarreia, anemia leve e teste tuberculínico positivo. Outras manifestações: dor abdominal, febre e tuberculose pulmonar ativa. O diagnóstico é difícil e feito, geralmente, tardiamente. Os exames de imagem são pouco específicos. Os exames mais úteis são: teste tuberculínico, cultura de material endometrial ou peritoneal, histologia e o teste de PCR através de biópsia endometrial/liquido menstrual ou de laparoscopia (padrão ouro). O tratamento deste subtipo de TBEP é o mesmo empregado na TBP. O tratamento cirúrgico definitivo, histerectomia total com anexectomia bilateral, está indicado nas falhas da terapêutica clínica. Objetivos: Evidenciar uma situação clínica rara onde a cirurgia ginecológica pode ser determinante. Metodologia: Relato de caso. Resultados: Paciente de 14 anos, hígida, foi atendida no HFR com quadro de dor abdominal difusa com 30 dias de duração associado à febre esporádica que se tornou constante na última semana. Paciente informa sexarca quatro meses antes do surgimento deste quadro e uso prévio de metronidazol, sem melhora do quadro. O exame físico da internação evidenciou abdome difusamente doloroso a palpação profunda associado à mobilização dolorosa de colo uterino e ausência de corrimento vaginal patológico e a TC de abdome e pelve tinha doença inflamatória pélvica (DIP) como sua impressão diagnóstica. Iniciou-se tratamento com Clindamicina e Gentamicina, sem melhor. Resultado negativo para sorologia para as principais infecções sexualmente transmissíveis. Foram solicitados novos exames de imagem e realizada a troca de antibioticoterapia para UNASYNR associado à doxiciclina. Nos resultados dos exames de imagem, a impressão diagnóstica sugerida foi carcinomatose peritoneal ou pseudomixoma. Paciente sem melhora, foi indicada a realização de biópsia endometrial laparoscópica. Detectado a presença de lesões disseminadas no peritônio com relevo pontilhado branco com aspecto de doença granulomatosa e ascite volumosa com fibrina. Realizada biópsias múltiplas e coleta de liquido ascítico. O anatomopatológico das biópsias confirmou o diagnóstico de TB grave. Foi iniciado tratamento específico para TB e acompanhamento ambulatorial. A investigação para causas de imunodeficiência primária e o rastreio de lesão pulmonar primária foram negativos. Conclusão: A incidência da TB genital na população não pode ser determinada com precisão e seu diagnóstico é difícil e raro, deve ser sempre considerada como um diagnóstico diferencial no quadro de dor pélvica. Quando não tratada adequadamente, está relacionada a maior morbidade para mulheres afetadas, com real impacto sobre a fertilidade. Esta doença pode criar um dilema diagnóstico e implica, muitas vezes, na realização do diagnóstico final com biópsia dirigida por laparoscopia.

RCG 011 ENDOMETRIOSE UMBILICAL PRIMÁRIA – RELATO DE CASO

DÂMASO JGB[1], CARDOSO BB[2], SIQUEIRA PA[2], CAMPOS PIC[2], RESENDE ALV[2], PAIVA AR[2], GOMES MN[3]

Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG)[1]; Universidade Federal de São João del Rei - Campus Dom Bosco (UFSJ/CDB)[2]; Faculdade de Medicina de Barbacena (FAME)[3]

Introdução: A endometriose consiste na presença de tecido endometrial funcional fora da cavidade uterina. A manifestação extrapélvica é incomum e corresponde a apenas 1% dos casos, sendo que a forma cutânea é a mais comum. A endometriose umbilical é um tipo de endometriose cutânea e pode ser classificada em primária e secundária, sendo que a forma primária é rara e representa apenas 0,5% dos casos. Objetivos: Apresentar um relato de caso sobre endometriose umbilical primária. Metodologia: O relato de caso foi colhido durante o atendimento de urgência da paciente no hospital Raimundo Campos em Ouro Branco – MG. Resultados: Após a investigação clínica, com a anamnese e exame físico, foi solicitado a paciente, a ultrassonografia da parede abdominal e transvaginal e biópsia da lesão umbilical. Na anamnese e exame físico, a paciente apresentava dor em pontada na região abdominal, de leve intensidade, difusa e esporádicas, há dois anos; evoluindo com intensificação progressiva da dor que passou a ser localizada na região umbilical, sendo que há dois meses percebeu lesão umbilical, nodular, com 1cm de diâmetro, acinzentada, firme e vegetante; apresentando variações clínicas do volume e da intensidade da dor e sangramento. A ultrassonografia de parede abdominal apenas evidenciou uma formação nodular com uma pequena falha na fáscia abdominal, não detalhando a etiologia do quadro e a ultrassonografia transvaginal não apresentou alterações significativas. A biópsia com exame anatomopatológico revelou a presença de glândulas e estroma endometriais focalmente distribuídos. Conclusão: O diagnóstico de suspeição é realizado pela história clínica. Os exames de imagem, como ultrassom da parede abdominal, auxiliam a definir a extensão da lesão e excluir diagnóstico diferenciais. O diagnóstico definitivo é obtido com exame anatomopatológico da biópsia da lesão. Os principais diagnósticos diferenciais são as lesões de pele, melanoma e o nódulo da Irmã Maria José que é o mais importante e se trata de uma metástase carcinomatosa de cânceres primários abdominais e pélvicos; dando importância a endometriose umbilical, por essa poder se tratar de uma doença mais agressiva e perigosa. O tratamento é cirúrgico e o prognóstico é bom com baixa taxa de recorrência, sendo que o tratamento precoce favorece a preservação da cicatriz umbilical e evita uma excisão extensa da parede abdominal.

RCG 012 TERATOMA BILATERAL EM PACIENTE NA MENACME: RELATO DE CASO

LOPES IV[1], EUSTÁQUIO JC[1], FERREIRA LC[1], SOUZA AVF[1]

1 Universidade Federal de São João del-Rei

Introdução: Teratoma é um tumor de células germinativas que apresenta tecidos provenientes dos três folhetos embrionários, com predomínio de estruturas epiteliais, sendo chamado de cisto dermóide. Eles são classificados em benignos/maduros, sendo responsáveis por 5 a 32,6% das neoplasias ovarianas; ou malignos/imaturos, representando 5% dos casos. A maior incidência é na faixa etária de 20 a 30 anos, sendo que o maduro representa 62% de todas as neoplasias ovarianas em mulheres abaixo de 40 anos. Objetivo: Explicitar aspectos clínicos, imaginológicos e cirúrgicos de um caso de teratoma ovariano bilateral. Metodologia: Relato e discussão de caso baseado em revisão de literatura realizada nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde e PubMed, a partir dos descritores “teratoma ovariano” e “teratoma ovariano bilateral”. Resultados: MRSC, 39 anos, nuligesta, hígida, admitida no Hospital Felício Rocho, em Belo Horizonte, no dia 25/03/17 para avaliação de massa pélvica volumosa, encaminhada com suspeita de neoplasia ovariana. Paciente queixa-se de aumento de volume abdominal associado a sensação de empachamento e hiporexia, há 1 ano, com piora nos últimos meses. Ciclos menstruais regulares, DUM 22/03/17, fazia uso de Perlutan suspenso devido a propedêutica para infertilidade. Ao exame físico, volumosa massa ocupando todo abdome inferior, móvel e indolor a palpação. À ressonância magnética (RNM), foram evidenciadas volumosas formações expansivas predominantemente císticas, multiloculadas e septadas, ocupando grande parte da cavidade abdominal, comprimindo estruturas adjacentes, de conteúdo hemático e hiperprotéico, de provável etiologia ovariana. Marcadores tumorais negativos. Em 31/03/17 foi submetida à laparotomia sob raquianestesia e sedação, quando se confirmaram volumosos tumores ovarianos bilaterais, ocupando toda a cavidade abdominal, útero de aspecto miomatoso e ausência de líquido livre na cavidade. Prosseguiu-se com ooforectomia e salpingectomia à esquerda (E) e ooforoplastia à direita (D), preservando o tecido ovariano, seguido de miomectomia. A histopatologia revelou teratoma cístico maduro bilateral, pesando 1.308g (D) e 2.172g (E) e leiomiomas. Discussão: O relato possui a singularidade de teratomas ovarianos bilaterais, de volumes notáveis, considerando que a unilateralidade se apresenta em até 88% dos casos, e que a grande maioria dos teratomas maduros é de pequeno e médio tamanho. O método complementar escolhido é geralmente a ultrassonografia, mas a alta ecogenicidade dos teratomas benignos pode dificultar o diagnóstico, sendo necessário, em alguns casos, como o relatado, a solicitação de outros métodos, como a RNM que auxiliou no esclarecimento do diagnóstico. O tratamento cirúrgico conservador à D foi instituído visando evitar a infertilidade e a menopausa precoce em paciente jovem. Embora estudos quanto à função ovariana residual após o tratamento cirúrgico sejam escassos, esta abordagem é primordial em casos como este.

RCG 013 PROLAPSO DE CÚPULA DE NEOVAGINA EM PACIENTE SUBMETIDA À REDESIGNAÇÃO SEXUAL

SANTANA HDAS[1], BRUNO AS[1], CANÇADO JB[1], COELHO HJ[1]

1. Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte

Introdução: A disforia de gênero é uma realidade cada vez mais frequente na clínica ginecológica. As transformações sociais e luta por direitos fazem com que muitos pacientes busquem os tratamentos médicos clínicos ou cirúrgicos para obter o sexo anatômico desejado. Por ser uma demanda que apresenta-se cada vez mais frequente, cabe aos profissionais de saúde, principalmente ginecologistas, a obtenção do conhecimento do assunto, sobretudo das complicações conseqüentes às condutas instituídas. O estudo refere-se a paciente de 49 anos, submetida à redesignação do sexo (RS) masculino para o feminino em 2003. Encaminhada ao ambulatório no ano de 2016 referindo ausência de vida sexual ativa por dor em região genital, cujo exame físico evidenciou estenose de intróito e prolapso grau III de cúpula de neovagina. A paciente foi submetida à sacrocolpofixação de cúpula em ligamento sacroespinhoso e plastia de intróito, com resolução dos sintomas apresentados. Objetivo: O presente estudo tem por objetivo chamar a atenção dos profissionais quanto às complicações envolvidas nas cirurgias de RS, enfatizando a necessidade de sua abordagem junto ao paciente. Metodologia: A pesquisa foi realizada, após concessão do Termo de consentimento livre e esclarecido devidamente assinado pela paciente, utilizando prontuários médicos da paciente presentes no Centro de Especialidades Médicas da Santa Casa de Belo Horizote (CEMSC), bem como relatos de dados clínicos. Utilizou-se o indexador de artigos da literatura científica Medline, acessado pelo serviço PubMed da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (www.pubmed.com ou www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed), a partir de palavras chaves. Merece destaque o sistema SCIELO (www.scielo.org.br), livros e revistas especializadas de reconhecido valor. Resultados: Um estudo com 232 participantes, as complicações mais frequentes são as fístulas retovaginais, prolapso e estenose vaginal (14%), fluxo urinário mal direcionado e estenose de uretral (40%). As queixas urinárias estão entre as mais freqüentes, acometendo 32,2% dos pacientes, incluindo incontinência urinária, infecção do trato urinário e alterações no fluxo urinário. Cerca de 18% do pacientes precisam se submeter a uma nova abordagem para tratar as complicações, principalmente por fístulas reto e uretrovaginais. Discussão/Conclusão: Existem diversas técnicas cirúrgicas que podem ser empregas. O retalho peniano-escrotal tem mostrado melhores resultados e menor taxa de complicações. Mesmo nesse cenário, 97% dos participantes referiram melhora da qualidade de vida e felicidade e 88,61% relataram melhora nas relações sexuais. A cirurgia de RS é o tratamento final para a disforia de gênero e envolve grande expectativa por parte do paciente. A abordagem pré-operatória das técnicas cirúrgicas e complicações envolvidas são fundamentais para o vínculo e cooperação do paciente no seguimento pós-operatório até a obtenção dos resultados desejados.

RCG 014 HERNIA INTERNA DECORRENTE DE FALHA NO LIGAMENTO LARGO RELATO DE CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

SEVIDANES GL[1], LARANJEIRA CLS[1], MOREIRA CS[1], MOREIRA DS[1], AMARAL TS[1], DUTRA JP[1], GÉO MS[1], OLIVEIRA LS[1].

1. HOSPITAL MATER DEI BELO HORIZONTE

Introdução: A hérnia interna é definida como a protrusão de uma víscera intra-abdominal através das fossas retro peritoneais ou um defeito mesentérico como causa de obstrução do intestino delgado, representa apenas 1% de todas as obstruções intestinais. A hérnia interna do ligamento largo (LL) é extremamente rara e constitui 4-7% de todas as hérnias internas. O reconhecimento pré-operatório das características dessa forma rara de hérnia propiciam o tratamento adequado, reduzindo assim a morbimortalidade. Objetivo: Relatar caso clínico de hérnia interna decorrente de falha do L.L. devido à sua raridade, apresentação incomum e dificuldade diagnóstica. Materiais/métodos: Relato de caso clínico operado no Hospital Mater Dei-Belo Horizonte (HMD). Realizada, nas bases de dados BVS e Lilacs, revisão bibliográfica sobre a patologia apresentada, com o descritor Broad ligament and hernia. Discussão: Trata-se de um relato de caso de uma paciente admitida com quadro de abdome agudo, submetida a procedimento cirúrgico no HMD. Paciente J.V 21 anos, nuligesta, solteira, natural de Belo Horizonte/MG, apresentando na madrugada de setembro 2013 dor abdominal em cólica em abdome inferior, náusea e vômitos. Submetida a revisão laboratorial, beta HCG negativo, PCR de 31mg/dl, sem demais alterações. Realizada tomografia computadorizada (TC)de abdome sendo visualizado apêndice cecal com diâmetro limítrofe, ausência de liquido livre em cavidade abdominopélvica. Devido à ausência de alterações significativas TC foi optado por complementação do exame com contraste oral/venoso pela manhã. Durante a madrugada, paciente evoluiu com piora do quadro clínico, dor abdominal refratária a analgesia e sudorese, Blumberg positivo, ruídos hidroaéreos presentes. Devido piora do quadro paciente foi encaminhada para videolaparoscopia exploradora. Visualizada pequena quantidade de líquido serossanguinolento na pelve, apêndice cecal com leve hiperemia e presença de segmento de delgado com sinais de sofrimento agudo (hiperemia importante), porém com viabilidade após desencarceramento e irrigação com solução fisiológica morna, sem necessidade de enterectomia. Identificado falha em L.L. esquerdo (local de encarceramento de delgado), realizada rafia de L.L. seguida de apendicectomia . Paciente se manteve estável durante o pós operatório, recebendo alta 48hs pós cirurgia. Anátomo-patológico de apêndice cecal sem aterações malignas/inflamatórias. Conclusão: A possibilidade de hérnia interna por defeito no L.L. deve ser considerada em mulheres que apresentam abdome agudo, principalmente nas obstruções do intestino delgado quando causas mais comuns tenham sido excluídas.O caso clínico mostra sua dificuldade diagnóstica devido aos sintomas e sinais inespecíficos para diagnóstico.

RCG 015 CARCINOMA INVASOR EM MULHER ABAIXO DE 25 ANOS: RELATO DE CASO

SALES MC[1], BRAGA CH[2], TEIXEIRA AOB[3], DIAS VCA[3], GUIOTI IF[4] , BRITO MFS[5]

1 Ginecologista em acompanhamento do serviço de Patologia do Trato Genital Inferior na Maternidade Odete Valadares (MOV) - BH/MG;
2 Ginecologista e Obstetra na Maternidade Odete Valadares (MOV) - BH/MG;
3 Acadêmico de Medicina na Pontifícia Universidade Católica (PUC) - Betim/MG;
4 Acadêmica de Medicina na Universidade José do Rosário Vellano (Unifenas) BH/MG;
5 Preceptora do Programa de Residência Médica de Ginecologia e Obstetrícia na Maternidade Odete Valadares - BH/MG

Introdução: A incidência de câncer invasor de colo uterino abaixo de 25 anos de idade é pequena e bem conhecida, sendo esta população não rastreada, no Brasil, por se acreditar que cause pouco impacto na mortalidade. Porém, essa estimativa se enquadra melhor ao cenário de nações ricas, sem considerar a precocidade sexual existente no País. Doença curável em estágios iniciais, o não rastreio priva de cura as jovens abaixo de 25 anos. Pacientes fora da faixa de rastreio do Ministério da Saúde com alterações visíveis no colo, ou que colheram citologia na atenção primária, são referenciadas ao Serviço de Patologia do Trato Genital Inferior (PTGI) da Maternidade Odete Valadares (MOV). Objetivos: Relatar caso de câncer escamo celular (CEC) invasor em paciente de 24 anos e demonstrar a relevância de rastrear pacientes com coitarca precoce. Metodologia: Analise do prontuário da paciente em questão e pesquisa bibliográfica sobre o assunto. Resultados: LSPS, 24 anos, coitarca aos 11, vários parceiros, 2 filhos, tabagista, encaminhada em 30/10/2017 por colo friável. Apresentou lesão vegetante, cerebroide, de 4 cm, acometendo todo o colo, sem atingir vagina. Sem citologias prévias, apresentou no exame realizado na MOV NIC I à citologia e biópsia de colo: CEC, moderadamente diferenciado, invasor. Ultrassom evidenciou tumoração de 37x34x13mm no óstio externo do colo, sólida, heterogênea, mal delimitada, com contornos irregulares. Em Ressonância Magnética, apresentou lesão expansiva no colo, de 58x45x30cm, acometendo 2/3 superiores da vagina. Com esses achados, a paciente foi estadiada em estádio IIB e encaminhada à comissão de oncologia. Discussão/ Conclusão Pesquisas revelam que poucas mulheres até 25 anos têm CEC invasor. A International Agency for Research on Cancer (IARC), estima perder-se apenas 1% dos casos ao iniciar o rastreio aos 25 em vez de 20 anos (IARC, 1986). Nos EUA, observou-se que apenas 1,1% dos casos de lesão cervical invasora ocorreram até 24 anos de idade, em amostra de 10.846 (WATSON et al, 2008). (1) Segundo dados da Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP) de 2000 a 2009, de 11.729 casos de carcinoma invasor, 121 eram em pacientes até 24 anos (1,03% dos casos). Já na Unicamp, em 807 casos, somente 9 (1,12%) estavam nesse grupo. 1 As taxas de mortalidade por carcinoma cervical mantêm-se estáveis no Brasil desde a década de 80, o que sugere necessidade de adequação do rastreio vigente. A American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) sugere rastreio a partir dos 21 anos e a American Cancer Society (ACS), preconiza 3 anos após a coitarca ou aos 21 anos (o que vier primeiro). 2 Referências bibliográficas brasileiras evidenciam que a coitarca precoce ocorre em todo o País. Um estudo realizado com adolescentes de 12 a 19 anos em Vitória de Santo Antão-PE demonstrou que 40,3% das meninas já haviam iniciado atividade sexual, com média de início aos 14 anos. 3 Em questionário respondido por alunos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 64.72% relataram sexarca entre 15 e 19 anos 4 e dados relativos a 643 estudantes de Medicina do Rio de Janeiro evidenciou a média de idade na coitarca aos 16,5 anos. 5 Estudos nacionais consistentes devem ser feitos para avalizar o início do rastreio apenas aos 25 anos, sem considerar os fatores de risco da nossa população. Desconhecer essa realidade pode privar mulheres do diagnóstico precoce e do tratamento efetivo do câncer nos estágios iniciais.

RCG 016 TUBERCULOSE PÉLVICA MIMETIZANDO TUMOR OVARIANO – RELATO DE CASO

BORGES RF[1], VERMEULER NA[1], BAHIA ACD[1], SANTIAGO CS[1], OLIVEIRA CR[1], SANTANA GKA[1]

1. Hospital Público Regional Prefeito Osvaldo Ferreira Franco

Introdução: A tuberculose pélvica é uma forma de tuberculose extrapulmonar cuja incidência vem aumentando no mundo ocidental. Esta entidade frequentemente é acompanhada de achados clínicos e laboratoriais que podem ser inespecíficos e mimetizar outras doenças, inclusive neoplasias ginecológicas. Sendo, por isto, um diagnóstico difícil e que necessita da experiência e expertise do profissional médico. Objetivo: O objetivo deste trabalho é, através de um relato de caso, suscitar a importância de um exame clínico criterioso e da elaboração de uma ampla e coerente lista de diagnósticos diferenciais, não se restringindo a diagnósticos previamente levantados e deixando, por conseguinte, de descartar outras hipóteses diagnósticas. Método: As informações foram obtidas por meio de revisão de prontuário, entrevista com a paciente, registros fotográficos e revisão de literatura. Trata-se de uma paciente do sexo feminino, nuligesta, jovem, encaminhada ao serviço de cirurgia ginecológica por suspeita de câncer de ovário, sendo diagnosticada com tuberculose tubária primária. Resultados: A paciente foi internada no serviço, onde recebeu tratamento para tuberculose pulmonar ativa, após achados radiológicos altamente sugestivos e, após cessar período de transmissibilidade, foi submetida a abordagem cirúrgica para confirmação de suspeita de TB pélvica. Os achamos anatomopatológicos confirmaram a suspeita e a paciente continuou tratamento específico, evoluindo com melhora clínica e radiológica. Conclusão: O caso clinico em questão suscita a importância de uma anamnese e exame clínicos bem feitos e a elaboração de uma ampla lista de diagnósticos diferenciais coerentes, aclamando para o tirocínio e a expertise dos profissionais. Tais características, tornam-se imprescindíveis frente ao desafio em se fornecer um diagnóstico diferencial pré-operatório de tuberculose pélvica que mimetiza um tumor ovariano, especialmente na ausência de protocolos específicos, sintomas específicos e, a raridade dos casos que caracterizam esta doença. Palavras chave: Tuberculose pélvica. Tuberculose tubária. Neoplasias de ovário.

RCG 017 PROLAPSO DE URETRA EM CRIANÇA PRÉ PUBERE, RELATO DE CASO

PASSOS MZ[1], DISCACCIATI DG[1], CELANI MFS[1], WERNECK RA[1], FISTAROL M[1], COIMBRA BB

1. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais[1]

Introdução: O prolapso de uretra é uma situação rara com distribuição bimodal entre meninas pré púberes da raça negra e mulheres pós menopausa caucasianas. Essa condição caracteriza-se por uma protrusão/ eversão da mucosa uretral através do meato uretral externo. A fisiopatologia ainda não é bem definida, contudo relaciona-se com baixos níveis de estrógeno circulantes e a fraca adesão entre a camada longitudinal interna e circular-oblíqua externa do músculo liso da uretra em associação com episódios recorrentes de aumento da pressão intra-abdominal. O prolapso de uretra em crianças é frequentemente assintomático, podendo ser um achado acidental no exame físico. Contudo casos sintomáticos relacionam-se a sangramento vaginal indolor. Descrição do caso: Paciente T.S.C.F.A. 2 anos e 11 meses, feminino, encaminhada ao serviço de pediatria do Hospital das Clinicas da UFMG com relato de sangramento vaginal iniciado há cinco dias. Anteriormente a paciente havia procurado outros serviços porem sem esclarecimento diagnostico. Único tratamento prévio instituído foi a administração de Cefadroxila para uma possível infecção de vias urinárias baixa. Paciente avaliada pelo serviço de Ginecologia acompanhada pela mãe. A acompanhante negava trauma local, presença de corpos estranhos ou história de abuso. No exame da admissão, na região do introito vaginal verificou-se a presença de lesão em couve flor, avermelhada, em topografia da uretra que se estendia até o vestíbulo vaginal, sugestivo de prolapso de uretra. Associado observava-se sangramento local discreto , ativo . Vulva e períneo sem sinais de trauma, identificado hímen íntegro, não observado a presença de corpos estranhos. Paciente encaminhada para o bloco cirúrgico para cauterização da lesão com objetivo de retração da mesma. Realizado cauterização das bordas às 2, 4, 7 e 10 horas. Após o procedimento foi prescrito xilocaína geleia e estriol tópico a ser utilizado duas vezes por dia para manutenção em posição correta da mucosa uretral. Paciente mantida sondada até a manha do dia seguinte. Após a retirada da mesma, apresentou diurese espontânea e recebeu alta em boas condições clinicas e com ausência de sangramento. No retorno ambulatorial, a paciente mantinha a ausência de sangramento e com a mucosa uretral normoposicionada. Discussão/Conclusão: O prolapso de uretra é condição rara, porem que necessita do exame clinico para estabelecer o diagnostico. Exames de imagem ou laboratoriais não são necessários para definir esse quadro. A observação do tecido uretral edemaciado e deslocado caracteriza a situação. Frente a uma paciente com sangramento vaginal, diagnósticos diferenciais importantes são aventados como pólipos, vulvovaginites, corpo estranho, neoplasias, puberdade precoce e violência sexual. Todas são condições importantes que implicam em conduções diferenciadas, sendo esta ultima uma situação legal grave e relevante. Em paciente pediátricos, o prolapso de uretra é muitas vezes um achado incidental ou relacionado ao sangramento vaginal indolor. Não existe uma padronização para o tratamento em crianças uma vez que se trata de uma condição rara e por isso tem-se a dificuldade em conduzir estudos sobre o tema. O tratamento conservador utilizando apenas estriol tópico apresenta uma pequena taxa de cura. Assim sendo , muitas vezes o tratamento cirúrgico, com cauterização das bordas e seguido de estriol tópico é necessário para a resolução definitiva do prolapso.

RCG 018 MALFORMAÇÃO UTERINA: RELATO DE CASO SOBRE ÚTERO DIDELFO

DRUMOND PGR, LOZADA MP[1], ALVARENGA DP[1], LADEIA LR[1], SOUZA DF[1]

1. Faculdade da Saúde e Ecologia Humana

Introdução: Malformações uterinas são incomuns na ginecologia, acometendo 2 a 4% das mulheres. Durante o desenvolvimento mulleriano, podem ocorrer falhas secundárias ao desenvolvimento, reabsorção ou fusão dos ductos mullerianos. O útero didelfo (UD) ocorre por falha completa da fusão destes ductos, no qual cada útero apresenta uma tuba e um colo uterino. O UD representa cerca de 30% dos casos de más formações ginecológicas. O diagnóstico precoce é essencial para redução da morbimortalidade ginecológica e obstétrica. Objetivos: Apresentar um relato de caso raro, acerca do UD e septo vaginal, abordando suas peculiaridades ginecológicas e obstétricas. Metodologia: Apresentação de caso obtido na Unidade Básica de Saúde (UBS) Nova Pampulha (Vespasiano/MG) e relatório do Hospital Risoleta Tolentino Neves (Belo Horizonte/MG). Foram utilizados artigos científicos, disponíveis nas bases de dados SCIELO e PUBMED, sendo selecionados artigos em inglês, publicados nos últimos 10 anos, com os seguintes descritores: uterine malformation, didelphosis uterus, infertility. Resultados: Paciente S.A.R.D.C.,16 anos, sexo feminino, melanoderma, reside em Vespasiano/MG e diagnosticada com UD e septo vaginal em 2016, durante o pré-natal de alto risco. Nunca atendida em consultório ginecológico. Menarca aos 9 anos, coitarca aos 14 anos (oriundo de abuso sexual) e G1Pc1. Submetida à cesariana eletiva com 39 semanas e 5 dias. Durante o procedimento foram identificadas duas cavidades uterinas separadas por septo. Ato dito sem intercorrência e com sangramento habitual. Extraído recém-nascido (RN) vivo, do sexo masculino e apgar 8/10. Após o procedimento, apresentava útero normocontraído e estável hemodinamicamente. Pós-operatório sem complicações. Internação assistida pela assistência social, com relato de boa aceitação do RN. Alta após 3 dias da cesárea. Paciente é atendida pela ginecologia na UBS Nova Pampulha, desde abril de 2017. Queixou corrimento vaginal há uma semana, de coloração amarelada, odor fétido e sem prurido associado. Alega vida sexual ativa, queixa dispareunia e de sangramento pós-coito. Relata desejo de correção cirúrgica do septo vaginal. Ao exame especular observa-se septo longitudinal no introito vaginal, presença de dois colos uterinos e de corrimento esbranquiçado. Solicitada ultrassonografia transvaginal e encaminhamento para realização de septoplastia. Discussão: Dados epidemiológicos desta malformação são muito imprecisos devido ao fato de poderem ser oligossintomáticas ou assintomáticas, sem repercussão urinária e preservando a função menstrual, sexual e até mesmo a reprodutiva. A vagina septada ocorre em 75% dos casos, pode causar dispaneuria e dificuldades no parto vaginal. A septoplastia deve ser considerada em casos de dor pélvica, abortos espontâneos recorrentes ou história de parto prematuro. Os sinais e sintomas durante o exame físico são as primeiras evidências que sugerem anomalias uterinas. A ultrassonografia pode ser útil na identificação das alterações anatômicas dos tratos reprodutivo e urinário. A ressonância magnética é considerada o “padrão-ouro” para o diagnóstico. Conclusão: O diagnóstico do UD propicia melhor qualidade de vida aos portadores, uma vez que se permite a investigação precoce de anomalias do trato geniturinário, o aumenta satisfação sexual e acompanhamento pré-natal e planejamento obstétrico mais eficiente.

RCG 019 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DO UTERO DIDELFO, RELATO DE CASO

PASSOS MZ[1], GIOSTRI PG[1], FILHO ASS[1], CAETANO IM[1], GIANNINI CW[1], COIMBRA BB[1].

1. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

Paciente L.M.D.L, 16 anos, encaminhada ao serviço de urgência ginecológica do Hospital das Clinicas da UFMG para avaliação de possível quadro de Doença Inflamatória Pélvica. À admissão, paciente apresentava dor importante em região supra púbica, porém sem sinais de irritação peritoneal. Tinha relato de febre domiciliar de 39,0ºC, afebril no momento. Ao exame ginecológico, observava-se secreção vaginal amarelada, bolhosa, com dor forte externamente. Paciente não permitiu exame especular. Ao toque, fundo de saco abaulado e dor à mobilização do colo uterino. Os exames complementares mostravam um global de leucócitos de 16410 com ausência de desvio e um gram de gota de urina com presença de BGN. Outros exames sem alterações. USTV realizado na urgência mostrava massa em topografia de anexo direito com paredes espessadas e conteúdo anecóico com debris grosseiros medindo 8,1x7,5x7,2cm com volume de 230cm³. Paciente internada no serviço para início de antibioticoterapia e avaliação de necessidade de abordagem cirúrgica. Após três dias de tratamento clínico, com melhora do quadro, foi realizado novo USTV para avaliação pélvica. Novo exame revelou suspeita em relação à presença de um útero didelfo medindo 34,2cm³ em região cervical direita presença de colo hipertrofiado medindo 51,2cm³ e endométrio do corno esquerdo luteinizado de 9mm. Solicitada RNM para elucidação diagnóstica e avaliação renal. Exame comprovou diagnóstico de útero didelfo com a presença de dois colos. O colo da direita apresentava septo que impedia comunicação com a vagina. Além disso, apresentava Rim único vicariante à direita e aparentemente sem remanescentes do contralateral. Paciente recebeu alta em boas condições clínicas, com prescrição de finalizar antibioticoterapia em caráter ambulatorial. Foi prescrito anticoncepcional combinado oral continuo. Paciente encaminhada ao ambulatório de cirurgia ginecológica para programação de abordagem cirúrgica. Comentários: O útero didelfo é resultado da falha de fusão do par de ductos müllerianos. Essa anomalia caracteriza-se por dois cornos uterinos separados, cada qual com sua cavidade endometrial e colo uterino, muitas das vezes com presença de septo vaginal. Além disso, as anomalias müllerianas estão relacionadas em 30 a 50% dos casos com alterações renais tais como, agenesia, hipoplasia, ureteres ectópicos ou duplicados. A maioria dos casos de útero didelfo e das outras malformações müllerianas são diagnosticados durante alguma investigação obstétrica ou ginecológica, por isso é difícil estabelecer uma prevalência na população. Calcula-se que a possível prevalência seja de 2 a 4% da população. Contudo, essa anomalia não costuma afetar a situação reprodutiva das pacientes. As taxas de gravidez são as mesmas em relação à população geral. Na gestação pode existir uma dificuldade em relação ao parto vaginal devido ao septo vaginal presente em 75% das pacientes portadoras de Utero Didelfo. Esse septo também está relacionado à dispareunia e dor cíclica devido à dificuldade de drenagem do fluxo menstrual. O Útero Didelfo pode ser conduzido de forma clínica, a abordagem cirúrgica está reservada para as pacientes sintomáticas e para aquelas que apresentam dificuldade para gestar.

RCG 020 RELATO DE CASO: USO DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE LIBERAÇÃO DE LEVONORGESTREL (DIU-LNG) NO TRATAMENTO AGUDO DE SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL DE PACIENTE NULIGESTA COM MIOMA SUBMUCOSO.

PONTELO TM[1], BERNARDES F[2]

1. Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia pelo Hospital Metropolitano Odilon Behrens.

2. Médica, Mestre e Doutora pelo Programa de Saúde da Mulher da Faculdade de Medicina da UFMG.

Introdução: O sangramento uterino anormal (SUA), atualmente, é classificado pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO/2011), pelo sistema PALM-COEIN. É um problema rotineiro no atendimento de emergência ginecológica e, se não tratado adequadamente, tem um impacto significativo na qualidade de vida da mulher. O tratamento do SUA deve ser de acordo com a causa e deverá ser considerada a preservação da fertilidade em mulheres que desejam engravidar. O Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG/2013) propõe diversos tratamentos para o SUA. O sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU-LNG) pode ser considerado como um tratamento eficaz. Descrição do caso: Paciente, I.B.F, 19 anos, sexo feminino, solteira, sem comorbidades, nuligesta e sem uso de método contraceptivo. Admitida pelo SAMU em 2015 e levada ao Hospital Metropolitano Odilon Behrens devido a SUA iniciado há 03 dias. Ao exame físico: pressão arterial de 150/70 mmHg, hipocorada 4+/4, frequência cardíaca 130bpm, útero aumentado de volume e sangramento vaginal ativo ao exame especular. Os exames laboratoriais revelaram hemoglobina de 3,01. O ultrassom endovaginal (USEV) evidenciou massa sugestivo de mioma submucoso. Encaminhada ao CTI devido a choque hipovolêmico e submetida a hemotransfusão e posteriormente histeroscopia(HSC) de urgência. À microscopia do exame anatomopatológico concluiu leiomioma. Recebeu alta hospitalar em uso de anticoncepcional oral combinado com Etinilestradiol-Desogestrel. Após 08 meses da ultima internação, retornou novamente ao serviço com novo quadro de SUA e hemoglobina de 6,32 necessitando de hemotransfusão. Realizado USEV e evidenciado lesão sugestiva de mioma submucoso. Prosseguindo para HSC de urgência. Inserido DIU-LNG. Após 06 meses de inserção do DIU-LNG o hemograma apontou hemoglobina de 10.65 e não houve novos episódios de SUA. Em 12 meses de seguimento o USEV evidenciou DIU normoposicionado e exames laboratoriais sem alterações.Conduta e Discussão: O tratamento das mulheres em idade reprodutiva com SUA deve levar em conta a preservação da fertilidade e melhora da qualidade de vida. O DIU-LNG pode reduzir 70% do sangramento nos primeiros 3 meses com redução adicional para 96% no primeiro ano e eficácia contínua pelo menos 4 anos de tratamento. Nos critérios de elegibilidade da OMS, em pacientes nulíparas, o uso do DIU-LNG é classificado como categoria 2. Maruo et al., demonstraram que o uso do DIU-LNG resulta em uma diminuição notável na proliferação endometrial e um aumento na apoptose no endométrio. Kriplani et al., verificaram redução de perda sanguínea de 86,8%($P < 0,0001$) após a inserção de DIU-LNG. Senol T et al., concluíram que o uso do DIU- LNG melhora os níveis de hemoglobina e hematócrito.Conclusão: A importância de se minimizar os efeitos causados pelo SUA, através do tratamento conservador com DIU-LNG é uma das indicações para mulheres nuligestas e que desejam posterior gestação, uma vez que apresenta grande aceitação, excelente reposta clinica/laboratorial e melhora na qualidade de vida.

RCG 021 TUMOR BORDERLINE SEROSO COM IMPLANTE METASTÁTICO - RELATO DE CASO

FRANCO TMRF[1], BOAVENTURA MAP[1], RAMOS LAG[1], SALLES PGO[1], MARINHO SP[1], CAETANO FCC[1].

1. Instittuto Mario Penna

Introdução: Os tumores borderline do ovário constituem um grupo particular dos tumores de origem epitelial representando cerca de 10% destas neoplasias. Predomina em mulheres pré-menopáusicas - pico de incidência aos 46 (30-50) anos, o que revela uma preocupação quanto à fertilidade dessas mulheres. Em geral, são tumores com bom prognóstico, contudo, em 20-25% dos casos, há disseminação além do ovário. Os implantes metastáticos são incomuns e classificados em não invasivos e invasivos. Perante o achado de implantes peritoneais metastáticos, a distinção entre tumores borderline e malignos depende das características do tumor primário e não do caráter invasivo dos implantes. Objetivo: mostrar a importância da avaliação criteriosa histopatológica para diagnóstico deste tipo de tumor. Caso: LCS, 31 anos, iniciou há 30 dias sensibilidade aumentada na bexiga associada a aumento de volume abdominal observado há 7 dias. Nuligesta. Ao USTV apresentava útero com volume de 60cc, ovário direito com 8,8 x 6,2 x 5,1 cm, constituído por massa sólido-cística bem vascularizada, aderida ao peritônio da parede pélvica; ovário esquerdo também de característica sólido cística medindo 7,7 x 6,7 x 6,5 cm; omentalcake. CA 125: 775. Paciente submetida a laparotomia exploradora apresentando massa anexial com superfície coberta de tumor vegetante medindo cerca de 6 cm à direita e 8 cm à esquerda. Implantes tumorais em superfície hepática, reflexão retrouterina, fundo de saco posterior, cólon sigmoide e omento. Apêndice cecal aderido à pelve com presença de tumor em sua extremidade distal. Carcinomatose peritoneal difusa. Ascite moderada. Realizada anexectomia bilateral e omentectomia. AP revelou carcinoma seroso bem diferenciado com invasão da superfície externa dos ovários. Paciente iniciou quimioterapia com ótima resposta. Imunohistoquímica revelou tumor seroso proliferante atípico (tumor seroso borderline) sobre carcinoma seroso de baixo grau e implantes desmoplásicos não invasivos em peritônio e superfície tubária. Apresentou ótima resposta com a primeira metade da quimioterapia. Em segundo tempo cirúrgico foi realizada a linfadenectomia e apendicectomia. Paciente optou pela preservação uterina para uma possível gestação futura. Terminou o tratamento quimioterápico e encontra-se bem, sem sinais de recidiva. Discussão: o tratamento para o tumor borderline bilateral pode ser o mais conservador possível. Em geral essas pacientes respondem mal ao tratamento quimioterápico, mas a paciente em questão apresentava tumor disseminado e respondeu bem ao tratamento cirúrgico associado à quimioterapia.

RCG 022 ÁLCOOL E VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: RETRATO DA VULNERABILIDADE DA MULHER BRASILEIRA

CALAZANS I[1], PAIVA SPC[1], HORTA DP[1]

1. Centro Universitário de Belo Horizonte - UNIBH

A violência contra a mulher é um problema de saúde pública global, causando consequências permanentes na vida das mulheres, como danos físicos e psicológicos. Ações têm sido implementadas para estimular estudos sobre o tema, a fim de propor intervenções para sua prevenção e atendimento adequado às vítimas. É importante salientar a relação existente entre a violência sofrida na infância/adolescência e futura vulnerabilidade das vítimas ao uso de álcool e drogas ilícitas, aumentado a incidência de novos episódios de violência. Este trabalho objetivou relatar um caso clínico específico de violência contra a mulher, mostrando a importância da organização de atendimento humanizado e adequado às vítimas pelos serviços de atenção à saúde no Brasil. A vítima apresentou história de violência sexual na infância/adolescência, seguida de uso de álcool e repetidos atos de violência na idade adulta que culminaram com o episódio de introdução de corpo estranho em cavidade vaginal, com consequente doença inflamatória pélvica aguda.